

PRÉVENIR LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE APRÈS UNE CATASTROPHE

LE CONTEXTE DE L'APRÈS-11 SEPTEMBRE

JOSEF I. RUZEK*

RÉSUMÉ

Les services de santé mentale offerts à la suite d'une catastrophe peuvent-ils prévenir efficacement les difficultés post-traumatiques ? Les recherches dans le domaine du stress post-traumatique, combinées aux récentes attaques terroristes du 11 septembre 2001, remettent en question le modèle "traditionnel" de soins en santé mentale dispensés à la suite d'un événement dramatique. Bien que ces services comprennent habituellement diverses pratiques cadrant avec la théorie et la recherche actuelles, ils incluent aussi un ensemble d'hypothèses qui, à la suite des événements du 11 septembre, peuvent faire l'objet d'un examen plus rigoureux. Selon ces hypothèses : la plupart des personnes touchées reprennent leurs activités normales sans aide ; les personnes qui ont besoin de soins ont spontanément recours à des services d'aide ; une ou deux séances de traitement parviennent à répondre aux besoins en matière de soins en santé mentale de la plupart des survivants qui font appel à des services de consultation d'urgence ; et le soutien (dispensé par des non-spécialistes), accompagné d'une brève sensibilisation ainsi que d'une simple normalisation des réactions, suffit à prévenir l'apparition de problèmes. La reconnaissance croissante du taux élevé de comorbidité psychologique découlant de la violence de masse et les nouvelles recherches sur les interventions post-traumatiques précoces entraîneront probablement des changements au mode de prestation des services de santé mentale après une catastrophe.

SUMMARY: PREVENTING MENTAL HEALTH PROBLEMS FOLLOWING DISASTERS. SEPTEMBER 11TH AND BEYOND

To date, little is known about the effectiveness of disaster mental health services in preventing mental health problems. However, the evolving field of traumatic stress and the terrorist attacks of September 11, 2001 together present challenges to the "traditional" model of disaster mental health care. While standard disaster mental health services include a variety of practices that are consistent with current theory and research evidence, they also include a set of assumptions that may be open to increasing scrutiny following September 11th: that most of those affected will return to normal functioning without help, that individuals in need of care will self-refer to helping services, that one or two helping contacts will prove adequate to the mental health needs of most survivors who seek crisis counseling, and that supportive care (provided by non-specialists) along with brief education and simple normalization of responding will be adequate to prevent development of problems. Increasing recognition of significant rates of psychological morbidity following mass violence and emerging research on early post-trauma interventions are likely to lead to changes in the way disaster mental health services are provided.

KEY WORDS

disaster, mental health, prevention, PTSD.

MOTS-CLÉS

catastrophe, santé mentale, prévention, ESPT.

Les services de santé mentale offerts à la suite d'une catastrophe visent à soulager immédiatement la détresse résultant d'une catastrophe naturelle, technologique ou encore d'attaques terroristes. Cependant, ils ont éga-

*PhD, Pacific graduate school of psychology, Associate director of education, National center for PTSD, VA Palo Alto Health care system, 795 Willow Road, Menlo Park CA 94025, États-Unis
Tél. : 1 (650) 493 5000, poste 22977
Fax : 1 (650) 617 2701
Cet article est issu d'une communication présentée lors du Colloque du Centre Sainte-Anne (Montréal, 1-3 mai 2003)

lement un caractère préventif, car ils réduisent l'incidence des problèmes de santé mentale, dont l'état de stress post-traumatique (ESPT), la dépression et l'abus d'alcool ou d'autres drogues. On en sait encore peu sur l'efficacité réelle des services

actuels à atténuer de tels problèmes. Or, les recherches dans le domaine du stress post-traumatique, combinées aux attaques terroristes du 11 septembre 2001, remettent en question le modèle "traditionnel" de soins en santé mentale dispensés à la suite d'une catastrophe. En effet, il est probable que diverses procédures et pratiques fassent leur apparition au cours des prochaines années afin de renforcer les approches actuelles en matière de soins en santé mentale à la suite d'un événement dramatique.

Les services de santé mentale offerts à la suite d'une catastrophe, tels qu'ils sont proposés aujourd'hui aux États-Unis, comprennent diverses pratiques découlant de l'expérience, dont la plupart cadrent avec la théorie et la recherche actuelles. Ils permettent, entre autres, de sensibiliser activement les survivants, de cibler très tôt la restauration des besoins fondamentaux, comme la sécurité et un toit, d'accorder la priorité au rétablissement de la communication entre les survivants et leurs parents et amis, d'offrir un contact humain, du soutien et de l'aide pratique, de tenter d'amener les survivants à utiliser les ressources communautaires accessibles et de pouvoir se fier, lorsque cela est possible, à la collectivité en tant que principale ressource d'aide⁽¹⁾. Ils incluent également un ensemble d'hypothèses qui, à la suite des événements du 11 septembre, peuvent faire l'objet d'un examen plus rigoureux, au moins pour ce qui est des généralisations quant aux catastrophes.

Selon ces généralisations :

- la plupart des personnes touchées par un événement traumatique reprennent leurs activités normales sans aide ;
- les personnes qui ont besoin de soins ont spontanément recours à des services d'aide ;
- une ou deux séances de traitement parviennent à répondre aux besoins en matière de soins en santé mentale de la plupart des survivants qui font appel à des services de consultation d'urgence ;
- et le soutien (dispensé par des non-spécialistes), accompagné d'une brève sensibilisation ainsi que d'une simple normalisation des réactions, suffit à prévenir l'apparition de problèmes.

Sont énoncés ci-après certains éléments-clés des interventions futures en matière de soins en santé mentale en cas de catastrophe et certaines méthodes qui pourraient compléter les procédures actuelles afin de mieux aider les victimes.

LE RETOUR À LA NORMALE

La plupart des réactions psychologiques aux traumatismes sont relativement immédiates (dans le mois suivant le traumatisme), éphémères (les symptômes durent moins d'un an) et sans conséquences graves. De plus, chez la majorité des victimes, tout effet psychologique s'estompe complètement dans les six à 16 mois suivant la catastrophe⁽²⁾. En effet, de nombreux survivants peuvent

tirer certains effets positifs d'une telle expérience, dont une confiance accrue dans leur capacité de composer efficacement avec les crises et l'impression d'en être ressortis "grands"⁽³⁾. Les désastres peuvent aussi rapprocher les familles et les collectivités. Toutefois, bien que la plupart des personnes s'en remettent, un pourcentage considérable de survivants ressent des effets psychologiques négatifs durables. En examinant les études portant sur la santé mentale à la suite d'une catastrophe, Norris *et al.*⁽²⁾ ont remarqué que 11 % des sujets affichaient une légère incapacité ainsi que des effets très précis, et que 51 % présentaient une incapacité moyenne et un taux de psychopathologie inférieur à 25 %. Or, on a observé une incapacité grave et un taux de psychopathologie variant entre 25 % et 50 % chez 21 % des sujets, alors que 18 % montraient une incapacité très grave et un taux de psychopathologie supérieur à 50 %. Les risques de problèmes variaient selon le type de catastrophe, 39 % des victimes de violence de masse (causée par des humains dans l'intention de faire du mal) affichant un taux de psychopathologie supérieur à 50 %. Ces données suggèrent que toute hypothèse selon laquelle les victimes se rétablissent complètement peut être remise en question, plus particulièrement dans les cas où il y a eu de graves menaces et blessures, ou encore la mort de nombreuses personnes.

PORTÉE ET COMPLEXITÉ DES BESOINS EN SANTÉ MENTALE

Il faut aussi revoir la notion selon laquelle une période relativement courte de soutien répond aux besoins des survivants dans un contexte de violence de masse. Six mois après les attentats du 11 septembre, le *New York City board of education* a entamé l'étude d'un échantillon représentatif des 8 266 écoles publiques⁽⁴⁾. 94 écoles ont été choisies au hasard, dont certaines dans le secteur que l'on appelle désormais *Ground zero*. Les résultats indiquent que presque tous les enfants (entre neuf et 17 ans) fréquentant des écoles du secteur ont été physiquement exposés aux effets de l'attaque. Les deux tiers des autres enfants y ont également été exposés, tout en ayant pu se réfugier dans un endroit sûr (26 %), en ayant éprouvé des difficultés pour retourner à la maison (36 %) et en ayant continué à sentir la fumée après le 11 septembre (41 %). Parmi tous ces enfants, 1 % a perdu un parent, 11 % comptent au moins un parent ou ami proche qui a été exposé à l'attaque, 41 % ont vu l'un de leurs parents pleurer, 26 % ont regardé les reportages télévisés sur cette attaque pendant plus de quatre heures par jour durant la première semaine, et 32 % comptent des parents qui ont été directement témoins du drame.

Comme l'on peut s'y attendre, vu le degré élevé d'exposition, les enfants ont aussi manifesté un grand nombre de symptômes. Ainsi, six mois après l'effondrement des tours du *World trade center*, on estime que 75 000 enfants (10,5 %)

présentaient des symptômes correspondant à l'ESPT, 60 000 étaient victimes d'une dépression majeure, 73 000 avaient un trouble d'anxiété généralisée, 107 000 souffraient d'agoraphobie, 88 000 éprouvaient de l'angoisse de séparation, 78 000 avaient des troubles du comportement et que 16 000 abusait de l'alcool. Dans l'ensemble, au moins 190 000 enfants de New York (26,5 %) souffraient d'au moins un problème de santé mentale (à l'exception de l'abus d'alcool) exigeant une intervention. Les besoins de bon nombre de ces enfants peuvent aussi s'avérer assez complexes ; étonnamment, 64 % des enfants avaient vécu au moins un événement traumatisant avant les événements du 11 septembre, comme voir quelqu'un mourir ou être gravement blessé (39 %), être témoin de la mort violente ou accidentelle d'un ami proche (29 %) ou d'un parent (27 %). Ces taux élevés indiquent un besoin réel de services abordables et facilement accessibles. Toutefois, on n'a toujours pas prouvé que les services de courte durée, comme ceux que l'on offre aujourd'hui, permettent de prévenir les problèmes de santé mentale.

La reconnaissance croissante du taux élevé de morbidité psychologique découlant de la violence de masse et les nouvelles recherches sur les interventions post-traumatiques précoces entraîneront probablement des changements du mode de prestation des services de santé mentale après une catastrophe. Il est maintenant clair qu'il faut améliorer les stratégies de recrutement, que la normalisation et une brève sensibilisation ne suffisent pas dans de nombreux cas, qu'il est nécessaire de trouver de meilleures façons de cerner les survivants qui ont besoin de services intensifs, que les interventions modérées comprenant quatre ou cinq séances peuvent être utiles dans certains cas, et que la planification doit tenir compte des besoins à long terme des survivants.

RECRUTEMENT POUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Comme c'est le cas avec toute population traumatisée, on ne peut pas présumer que les survivants d'une catastrophe, qui pourraient bénéficier de services de santé mentale, ont recours à ces services. Par exemple, l'étude susmentionnée sur les élèves des écoles publiques de la ville de New York⁽⁴⁾ a révélé que les parents d'au moins deux tiers des enfants souffrant probablement d'ESPT n'avaient toujours pas fait appel (pour ces derniers) à des services de santé mentale après six mois. Bien que les obstacles à l'utilisation des services n'aient pas été bien documentés, ils comprennent sans aucun doute l'image négative associée à leur utilisation, le désir d'éviter tout trouble affectif lié au traumatisme, la simple méconnaissance des services offerts et les obstacles pratiques, comme les problèmes de transport ou le coût de ces services.

Les services actuellement offerts à la suite d'une catastrophe comprennent, bien entendu, un volet de sensibilisation dy-

namique. Toutefois, il est probable que l'on mette à l'essai de nombreuses façons de toucher les survivants dans l'avenir, en leur fournissant des renseignements sur les services offerts et en améliorant les méthodes d'accès direct et d'aiguillage. En plus des campagnes médiatiques et des services d'écoute téléphonique d'urgence, Internet gagnera probablement en popularité en tant qu'outil de sensibilisation des victimes de catastrophe. À New York, le site web du projet *Liberty* (www.projectliberty.state.ny.us) est un élément important du plan d'intervention mis en œuvre après les événements du 11 septembre. Il comprend des renseignements sur les services offerts et la façon d'y accéder; du matériel de formation pour les prestataires de services, du matériel de sensibilisation destiné aux survivants et des documents sur le projet *Liberty*. Après les événements du 11 septembre, le site web du *National center for PTSD* (www.ncptsd.org) a été très populaire auprès du public et des prestataires de services, enregistrant jusqu'à 35 000 visites par jour. Étant donné qu'il est relativement facile à utiliser, anonyme, et qu'il peut servir à transmettre des renseignements, le web deviendra probablement une source de plus en plus importante pour la sensibilisation des survivants et le soutien mutuel entre ces derniers, ainsi qu'une porte d'entrée vers des services intensifs.

SENSIBILISATION DES SURVIVANTS

En fait, l'élément principal de la plupart des interventions suivant une catastrophe est de nature éducative. À ce jour, la sensibilisation n'a pas été systématiquement conceptualisée ni évaluée en tant qu'intervention autonome, et l'on ne sait pas encore très bien les résultats que l'on devrait cibler (connaissance des réactions au stress, attitudes à l'égard des services de santé mentale, taux d'accès direct aux services...), les changements auxquels on devrait raisonnablement s'attendre, et comment l'on pourrait améliorer les démarches éducatives (en ajoutant du matériel autodidactique par exemple).

Compte tenu de ce manque de connaissances, l'élaboration d'interventions rentables de sensibilisation et de soutien, en petits groupes, constitue une priorité dans ce domaine. Les catastrophes touchent des groupes de personnes, dans les familles, les écoles, les collectivités et au travail, et la majorité des services d'aide offerts à la suite de tels événements sont forcément dispensés en groupes⁽⁵⁾. Dans l'une des approches courantes, il arrive souvent que l'on rassemble les groupes pour des séances de verbalisation^(6, 7). La verbalisation (ou débriefing) en groupe est une approche facilitant la gestion des émotions qui semble très valable et qui comprend : une analyse systématique de l'événement, soit des faits, des pensées, des sentiments et d'autres réactions personnelles ; des renseignements sur les réactions au stress causé par une catastrophe, de la gestion personnelle du stress et des services d'aide offerts.

On conteste actuellement l'efficacité de cette approche, utilisée couramment dans le monde entier dans les cas de catastrophes, à la lumière des conclusions d'études empiriques, comme celle menée par Rose *et al.* ⁽⁸⁾ auprès de 157 victimes d'un crime violent, plus ou moins un mois après les faits. On a soumis au hasard chaque survivant de l'agression à l'un des types d'intervention suivants : la sensibilisation, la verbalisation combinée à la sensibilisation et l'évaluation seulement. L'intervention par la sensibilisation comprenait une séance d'information de 30 minutes sur les réactions normales et des renseignements sur les sources d'aide supplémentaire, au besoin ; on a également remis aux participants un dépliant présentant les renseignements fournis. On a demandé aux personnes ayant participé à la séance individuelle de verbalisation de 60 minutes de raconter en détail leur traumatisme, dans la mesure où elles se sentaient à l'aise de le faire. Cette approche se fondait en partie sur le protocole de Mitchell ⁽⁹⁾ dans son examen des actes, des connaissances et des sentiments. Les personnes soumises à l'intervention par l'évaluation seulement ont été évaluées au départ, puis de nouveau six et 11 mois plus tard. On n'a remarqué aucune différence importante entre les groupes quant aux taux d'ESPT et de dépression. Dans cette étude, on avait recours à une séance de verbalisation individuelle, qui s'écartait peut-être de façon importante des procédures de verbalisation habituelles, mais qui faisait partie d'un ensemble plus grand d'essais cliniques aléatoires et contrôlés qui suggèrent actuellement que les approches de verbalisation ne parviennent pas à prévenir la psychopathologie ⁽¹⁰⁾ et qui soulèvent la possibilité d'effets nuisibles ^(11, 12).

Les lignes directrices du traitement des ESPT de l'*International society for traumatic stress studies* apportent les avis suivants à propos de la verbalisation : celle-ci est bien accueillie par les participants, elle peut faciliter le dépistage des personnes à risque, servir de véhicule de sensibilisation et de diffusion de renseignements sur l'aiguillage, aider à remonter le moral du groupe, et elle doit être intégrée à un programme global de gestion ⁽¹³⁾. Cependant, peu de preuves démontrent qu'elle prévient la psychopathologie. Dans l'ensemble, les observations sur la verbalisation attirent l'attention sur le besoin d'évaluer, de façon empirique, les services de santé mentale que nous offrons à la suite d'une catastrophe afin de déterminer s'ils aident à prévenir les problèmes de santé mentale connexes.

VERS DES INTERVENTIONS PRÉCOCES EFFICACES ?

Il est important d'établir la distinction entre les objectifs d'une intervention et son efficacité réelle par rapport à ces objectifs. Par exemple, les objectifs de la verbalisation comprennent divers éléments généralement reconnus liés à la réduction du stress post-traumatique : la verbalisation vise à promouvoir la gestion ou l'évacuation des émotions,

à accroître le soutien social, à "normaliser" les réactions au stress, à améliorer la gestion du stress et à cerner les personnes qui doivent être adressées à un spécialiste. Très peu de preuves démontrent que la verbalisation permet d'atteindre des objectifs aussi louables. Toutefois, et aussi pour des motifs conceptuels, il semble peu probable qu'elle permette d'atteindre de tels objectifs. Il est également peu probable qu'une thérapie de verbalisation entraîne des changements importants, car elle ne permet pas de parler de façon répétitive de la catastrophe ⁽¹⁴⁾. Bien que la procédure en soi fournisse une occasion de soutien mutuel, elle n'offre pas explicitement de formation sur les compétences liées au soutien social. Ainsi, puisqu'elle n'utilise pas les méthodes d'identification systématique et de mise en question de connaissances précises qui caractérisent certains traitements des ESPT empiriquement validés, il est peu probable que l'on constate des changements de croyances durables ⁽¹⁵⁾.

Les changements apportés à la façon de gérer le stress découlent seulement de courtes consultations, une procédure qui n'optimise probablement pas l'incidence sur le changement de comportement. En ce qui concerne les outils permettant de déterminer le besoin de séances de traitement supplémentaires, l'observation par l'animateur des réactions des participants dans les réunions de groupe (au sein desquelles il se peut que certaines personnes ne participent que de façon limitée) risque d'être moins efficace que les méthodes de dépistage plus systématiques. Les obstacles à l'accès direct à des services d'aide sont importants ; le fait de simplement discuter du problème n'est peut-être pas la meilleure façon de les surmonter.

Le nombre de recherches sur l'intervention précoce auprès des survivants d'un traumatisme augmente rapidement ⁽¹⁶⁾. Certaines observations suggèrent que l'intervention psychologique peut prévenir l'apparition de l'ESPT ^(17, 18), bien que l'on ne connaisse pas encore très bien dans quelle mesure on peut intervenir de façon appropriée dans les premières semaines suivant la catastrophe et, en fait, si l'intervention aide les survivants.

Dans une enquête indicative, Bryant *et al.* ⁽¹⁸⁾ ont étudié le cas de 45 personnes souffrant d'un trouble de stress aigu (TSA) en raison d'un accident de la route ou d'une agression non sexuelle. Dans les deux semaines suivant le traumatisme, on a soumis au hasard chaque participant à l'un des trois types de traitements individuels suivants, d'une durée de 5,5 heures : l'exposition prolongée (EP), l'exposition prolongée combinée à la gestion de l'anxiété (EP+GA) et le *counselling* par encouragement (CE). L'EP comprenait quatre séances de 50 minutes de confrontation en imagination à des souvenirs traumatisants, des exercices quotidiens de mise en pratique de cet exercice d'imagination et une restructuration cognitive (incluant la détermination des croyances irrationnelles liées à la menace, et la comparaison de ces croyances aux données disponibles). On a également soumis les participants à une

exposition réelle (à des stimuli traumatisants réels) aux deux dernières séances. L'EP+GA comprenait également la ré-éducation fonctionnelle respiratoire, la relaxation progressive des muscles et des exercices de verbalisation intérieure. Le CE se composait quant à lui d'une formation sur les aptitudes à résoudre les problèmes en général, d'une thérapie de soutien inconditionnel et de l'inscription quotidienne, dans un journal, des problèmes et des différents états d'âme ; il excluait systématiquement l'EP et la GA. Les résultats de la comparaison n'ont révélé aucune différence entre l'EP et l'EP+GA, les taux de diagnostic de l'ESPT après traitement par CE, EP et EP+GA atteignant 56 %, 14 % et 20 % respectivement. Les taux de diagnostic de l'ESPT relevés six mois après le traitement démontrent également l'efficacité de l'EP (CE = 67 %, EP = 15 %, EP+GA = 23 %). Les auteurs ont donc conclu qu'il est possible de traiter le TSA et de prévenir l'ESPT au moyen d'une thérapie cognitivo-comportementale de courte durée. Il ne faut pas oublier que ces conclusions mettent également en question la capacité d'une simple technique de soutien ou de sensibilisation à prévenir l'ESPT chez les populations à risque élevé.

TRIAGE ET AIGUILLAGE FONDÉS SUR DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES

North⁽¹⁹⁾ a remarqué qu'il est important de faire la distinction entre les survivants qui souffrent d'une détresse résultant d'une catastrophe considérable, mais sous-diagnostiquée, et ceux dont les problèmes correspondent à des "troubles" que l'on peut diagnostiquer. Compte tenu de la rareté habituelle des ressources en santé mentale à la suite d'un désastre, il est particulièrement important d'élaborer des méthodes de dépistage des personnes qui risquent de rester aux prises avec des problèmes et de souffrir de psychopathologie, afin de pouvoir les aiguiller vers les services qui leur conviennent le mieux.

On en sait beaucoup sur les facteurs de risque relatifs à l'apparition de problèmes à la suite d'une catastrophe⁽²⁰⁾. Les principales variables de risque sont probablement celles qui sont liées aux particularités de l'exposition à l'événement (grand danger de mort, blessures pendant la catastrophe, parent décédé ou blessé pendant la catastrophe, grande exposition à des personnes décédées ou mutilées...). Elles incluent aussi les facteurs de risque individuels (sexe, exposition à des traumatismes par le passé, symptômes psychiatriques antérieurs, sentiment de panique pendant la catastrophe...) et ceux qui sont liés au milieu de rétablissement (faible soutien social, déménagement forcé, pertes financières, matérielles ou d'emploi...).

Bien qu'il n'existe aucun outil généralement reconnu pour dépister les problèmes de santé mentale résultant d'une catastrophe, on travaille actuellement à la création d'instruments

de dépistage dans le domaine du stress post-traumatique qui seront utilisés à la suite de l'événement⁽²¹⁾. Même sans outil validé, il est important d'informer les intervenants en santé mentale à la suite d'une catastrophe des facteurs de risque reconnus scientifiquement, afin de les aider à dépister les personnes qui pourraient bénéficier de consultations. Cette fonction d'aiguillage est omniprésente, mais il est sûrement possible de l'améliorer.

Les chercheurs en traumatologie reconnaissent qu'il est difficile, dans les jours et les semaines suivant une catastrophe, de cerner avec certitude les personnes qui ont besoin de soins intensifs. On craint aussi grandement d'aiguiller vers des services de consultation une personne qui n'en a pas vraiment besoin, ce souci étant associé aux préoccupations concernant le risque de stigmatisation et à la surcharge des rares ressources en santé mentale dans de nombreux environnements touchés par un désastre. Demander aux personnes jugées à risque (à la suite d'une analyse des facteurs de risque) la permission d'assurer un suivi par téléphone constitue une option importante pour les intervenants en santé mentale. Une telle pratique comporterait plusieurs avantages. D'abord, elle réduirait le risque d'aiguiller une personne vers des services dont elle n'a pas besoin. Ensuite, elle réduirait aussi le risque que de nombreux survivants entrant en contact avec un intervenant immédiatement après une catastrophe, et ce, pendant une courte durée (par exemples dans des refuges ou grâce aux efforts d'extension des services à la collectivité), ne passent entre les mailles du système de soins de santé parce qu'ils ne font appel ultérieurement à aucun service de consultation. Enfin, elle permettrait de remettre les évaluations à deux ou trois mois après la catastrophe, lorsque l'on peut déterminer avec plus de certitude le besoin de consultations, et que les survivants sont habituellement plus réceptifs à l'aide offerte.

ESPT RÉSULTANT D'UNE CATASTROPHE

A ce jour, l'accent mis à juste titre sur l'aide immédiate aux survivants d'une catastrophe est à opposer à une relative négligence de leurs besoins à long terme. Ainsi qu'il a été dit, certaines personnes souffrent d'ESPT chronique à la suite des catastrophes qu'elles ont vécues. Elles auront éventuellement besoin d'un traitement de l'ESPT reconnu scientifiquement. En fait, il existe des traitements efficaces pour l'ESPT⁽²²⁾ que l'on peut tenter de recommander⁽²³⁾. Bien que l'on ne les ait pas mis à l'essai très souvent pour traiter l'ESPT résultant d'une catastrophe, une étude menée par Gillespie *et al.*⁽²⁴⁾ a permis de démontrer, de façon préliminaire, leur efficacité. On a utilisé la thérapie cognitive pour traiter 91 patients souffrant d'ESPT à la suite d'un attentat à la voiture piégée en Irlande du Nord⁽²⁵⁾. Les prestataires de traitement du Service national de la santé

ont reçu une brève formation sur la méthode, mais n'avaient reçu auparavant qu'une petite formation sur le traitement de l'ESPT au moyen de thérapies cognitivo-comportementales. Il en a résulté une réduction considérable des symptômes d'ESPT, qui peut être comparée à celle que l'on a rapportée dans les essais précédents.

Malgré la disponibilité de traitements cognitivo-comportementaux prometteurs contre l'ESPT, les spécialistes en santé mentale dans la plupart des collectivités ne sont pas familiers avec ces traitements. On a donc remarqué des progrès considérables dans le domaine de l'intervention en santé mentale en cas de catastrophe à la suite des événements du 11 septembre, grâce aux efforts de formation d'un nombre important de spécialistes en santé mentale pouvant dispenser ces traitements.

CONCLUSION

Le domaine de la santé mentale à la suite d'une catastrophe est pertinent pour tous les spécialistes en santé mentale, car ceux-ci sont souvent appelés à intervenir en cas d'urgence. À l'heure actuelle, la plupart des personnes qui montrent, de façon proactive, un intérêt pour ce rôle sont formées par la Croix-Rouge et interviennent sous ses auspices. D'autres décident de se joindre à des équipes d'intervention en milieu de travail, comme ceux qui exercent dans de nombreux établissements de santé de l'U.S. *Veterans administration*. Alors que les organismes sont appelés à se préparer maintenant et à s'intégrer, "avant toute crise", aux réseaux locaux d'intervention en cas de catastrophe, les chercheurs en santé mentale doivent élaborer et mettre à l'essai d'autres interventions théoriques.

Les questions discutées précédemment annoncent une période de changement dans le domaine des soins de santé mentale à la suite d'un événement dramatique. Pour les cliniciens en santé mentale en général, ainsi que pour les chercheurs et les intervenants spécialisés dans les interventions en cas de catastrophe, il s'agira en outre d'une période de participation à l'évolution d'un domaine en changement constant, d'essais et d'apprentissage grâce aux connaissances acquises par la recherche et l'expérience, de formation et de scepticisme à l'égard des formules de soins simplistes. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - YOUNG BH, FORD JD, RUZEK JI, FRIEDMAN M, GUSMAN FD. Disaster mental health services: a guide for clinicians and administrators. Palo Alto (Californie) : National center for post-traumatic stress disorder, 1998.
- 2 - NORRIS FH, FRIEDMAN MJ, WATSON PJ, BYRNE CM, DIAZ E, KANIASTY K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry* 2002 ; 65 : 207-239.
- 3 - McMILLEN JC. Better for it: how people benefit from adversity. *Social Work* 1999 ; 44 : 455-468.
- 4 - HOVEN CW, DUARTE CS, LUCAS CP *et al.* Effects of the World Trade Center attack on New York City public school students (Rapport initial au New York City Board of Education). New York : Applied research and consulting LLC, Columbia University Mailman School of Public Health & New York State Psychiatric Institute, 2002.
- 5 - RUZEK JI. Providing "Brief education and support" for emergency response workers: an alternative to debriefing. *Military Medicine* 2002 ; 167 (Suppl.) : 73-75.
- 6 - RAPHAEL B, WILSON JP. Psychological debriefing: theory, practice and evidence. Cambridge : Cambridge University Press, 2000.
- 7 - MITCHELL JT, EVERLY GS. Critical incident stress management and critical incident stress debriefings: evolutions, effects and outcomes. In : Raphael B, Wilson J, editors. Psychological debriefing: theory, practice and evidence. Cambridge : Cambridge University Press, 2000 : 71-90.
- 8 - ROSE S, BREWIN CR, ANDREWS B, KIRK M. A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine* 1999 ; 29 : 793-799.
- 9 - MITCHELL JT. When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services* 1983 ; 8 : 36-39.
- 10 - EHLERS A, CLARK DM. Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. *Biological Psychiatry* 2003 ; 53 : 817-826.
- 11 - BISSON JI, JENKINS PL, ALEXANDER J, BANNISTER C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry* 1997 ; 171 : 78-81.
- 12 - MAYOU R, EHLERS A, HOBBS M. Psychological debriefing for road traffic accident victims: three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2000 ; 176 : 589-593.
- 13 - BISSON JI, MCFARLANE AC, ROSE S. Psychological debriefing. In : Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, editors.

Effective treatments for PTSD. New York : Guilford Press, 2000 : 39-59.

14 - FOA EB, ROTHBAUM BO. Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York : Guilford Press, 1998.

15 - RESICK PA, SCHNICKE MK. Cognitive processing therapy for rape victims: a treatment manual. Newbury Park (CA) : Sage Publications, 1993.

16 - WATSON PJ, FRIEDMAN MJ, GIBSON LE, RUZEK JI, NORRIS FH, RITCHIE EC. Early intervention for trauma-related problems. In : Ursano RJ, Norwood AE, editors. Annual review of psychiatry, vol. 22. Washington (DC) : American Psychiatric Association, 2003 : 97-124.

17 - BRYANT RA, HARVEY AG, DANG ST, SACKVILLE T, BASTEN C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998 ; 66 : 862-866.

18 - BRYANT RA, SACKVILLE T, DANG ST, MOULDS M, GUTHRIE R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry* 1999 ; 156 : 1780-1786.

19 - NORTH CS. Psychiatric epidemiology of disaster responses. In : Ursano RJ, Norwood AE, editors. Annual review of psychiatry, vol. 22. Washington (DC) : American Psychiatric Association, 2003 : 37-62.

20 - BREWIN CR, ANDREWS B, VALENTINE JD. A meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000 ; 68 : 748-766.

21 - BREWIN CR, ROSE S, ANDREWS B, GREEN J, TATA P, MCEVEDY C, TURNER S, FOA EB. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry* 2002 ; 101 : 158-162.

22 - FOA EB, KEANE TM, FRIEDMAN MJ. Effective treatments for PTSD. New York : Guilford Press, 2000.

23 - YOUNG BH, RUZEK JI, FORD JD. Cognitive-behavioral group treatment for disaster-related PTSD. In : Young BH, Blake DD, editors. Group treatments for post-traumatic stress disorder. Philadelphia : Brunner/Mazel, 1999 : 149-200.

24 - GILLESPIE K, DUFFY M, HACKMAN A, CLARK DM. Community-based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy* 2002 ; 40 : 345-357.

25 - EHLERS A, CLARK DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2000 ; 38 : 319-345.